Pour la vie !

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2014

Québec

Pour la vie !

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2014

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 1 888 CORONER (267-6637)
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN 978-2-550-72420-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-72421-6 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2015

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Pour la vie !

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2014.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La vice-première ministre et ministre de la Sécurité publique,

ORIGINAL SIGNÉ
Lise Thériault
Québec, avril 2015

Pour la vie !

Pour la vie !

Madame Lise Thériault
Vice-première ministre
et ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Madame la Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2014, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 12 janvier 2015.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ
La coroner en chef par intérim
Me Catherine Rudel-Tessier
Québec, mars 2015

Pour la vie !

Pour la vie !

TABLE DES MATIÈRES

LES INVESTIGATIONS 9

Les décès signalés aux coroners 9

Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 10

Les délais moyens en mois pour les investigations terminées en 2014, selon la catégorie d'investigation 11

Les autopsies et les examens de laboratoire 12

Quelques rapports d'investigation déposés en 2014 13

LES ENQUÊTES 19

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 19

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2014 20

Les rapports d'enquête déposés en 2014 20

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 23

LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC 25

Pour la vie !

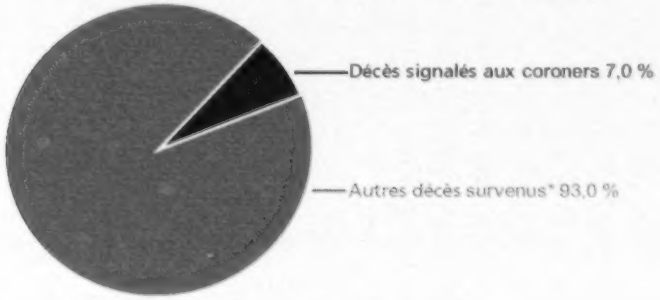
Pour la vie !

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

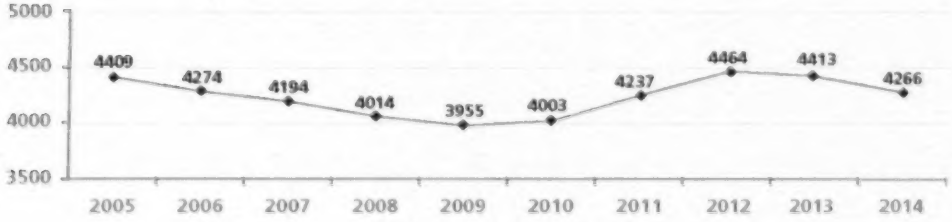
En 2014, 4 266 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,0 % de tous les décès survenus au Québec en 2014. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (76,1 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2014 sur l'ensemble des décès survenus au Québec



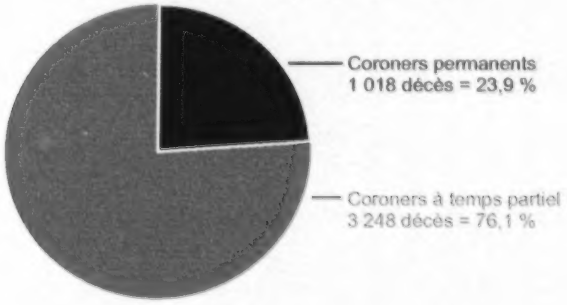
*Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2011 à 2013.

Évolution des décès signalés aux coroners de 2005 à 2014*



*Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2014



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2014. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence, représentent la plus grande part (61,9 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (25,1 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (9,6 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,4 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2014

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 640	61,9
Causes médicales indéterminées	1 072	25,1
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	411	9,6
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	15	0,4
Autres raisons ou raison inconnue	128	3,0
Total des décès signalés	**4 266**	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER

En avril 2014, le Protecteur du citoyen a déposé un rapport concernant les délais d'investigation des coroners. Il rapportait qu'en 2012, le délai moyen de réalisation des investigations était 12,2 mois.

Les dossiers terminés en 2014

Comme le signalait le Protecteur du citoyen, les délais de production des rapports sont attribuables à plusieurs facteurs, notamment les délais de production des rapports finaux d'expertises des partenaires et les délais d'obtention des rapports policiers et des dossiers médicaux.

Pour donner suite au rapport du Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner a mis en place, en 2014, des mesures afin d'assurer la surveillance et l'encadrement des délais de production des rapports d'investigation. À l'instar du Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner a retenu le délai moyen pondéré en fonction du nombre de dossiers d'investigation comme indicateur de suivi; les analyses excluent donc les entrées et les sorties de corps.

Pour la vie!

Ainsi, le Bureau du coroner a constaté qu'en 2013, le délai moyen de production des rapports d'investigation se situait à environ 12,5 mois et à environ 13,3 mois en 2014.

Cette hausse est attribuable au fait qu'un grand nombre de rapports terminés en 2014 concernaient des investigations datant de plus de 24 mois. Globalement, il faut également souligner que les coroners ont terminé plus d'investigations en 2014, soit 4 852 dossiers, contre 3 685 en 2013 : une augmentation d'environ 32 %.

De plus, comme l'indique le tableau suivant, la pratique d'une autopsie ou d'une autre expertise contribue significativement à augmenter le délai de production d'un rapport. En effet, une investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des analyses toxicologiques ou d'autres examens de laboratoire ou expertises particulières.

LES DÉLAIS MOYENS EN MOIS POUR LES INVESTIGATIONS TERMINÉES EN 2014, SELON LA CATÉGORIE D'INVESTIGATION

CATÉGORIE D'INVESTIGATION	2014 BUREAU DU CORONER	2013 BUREAU DU CORONER	2012 PROTECTEUR DU CITOYEN
Sans autopsie ni autre expertise	11,5 mois	10,4 mois	9,6 mois
Sans autopsie, avec autre expertise	11,6 mois	11,1 mois	10,5 mois
Avec autopsie, sans autre expertise	16,0 mois	13,0 mois	12,3 mois
Avec autopsie et autre expertise	15,4 mois	15,0 mois	15,1 mois

Par ailleurs, le nombre de dossiers d'investigation en cours en 2014 est passé de 4 567 en début d'année à 3 658 en fin d'année. L'âge moyen de ces dossiers a également diminué, passant de 11,6 mois en début d'année à 10,2 mois en fin d'année.

À moins d'une hausse importante du nombre de décès signalés au coroner, cette baisse se traduira assurément par une réduction du délai de production des rapports d'investigation dans l'avenir.

Pour la vie !

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées pour 34,5 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 470 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2014 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour plus de la moitié des décès signalés. Elles sont réalisées, soit au Centre de toxicologie du Québec (qui relève de l'Institut national de santé publique du Québec), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (2,9 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2014.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%*
Autopsie	1 470	34,5
Toxicologie	2 290	53,7
Autres expertises	124	2,9

* Les pourcentages sont calculés sur les 4 266 décès signalés en 2014.

Pour la vie !

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2014

Noyades dans des piscines résidentielles

Trois enfants âgés d'environ trois ans se noient dans des piscines résidentielles.

Les piscines dans lesquelles sont survenues les noyades ont été construites avant l'adoption de l'actuelle réglementation sur la sécurité des piscines résidentielles, laquelle prévoit des mesures très précises pour contrôler l'accès et éviter les noyades. Puisque cette réglementation n'est pas rétroactive, les propriétaires des piscines installées avant son adoption ne sont pas tenus de se conformer aux normes qu'elle prescrit.

Trois coroners recommandent donc une réglementation rétroactive en matière de sécurité des piscines résidentielles. Concrètement, ils recommandent au ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire de modifier le Règlement sur la sécurité des piscines résidentielles afin que les normes édictées pour contrôler l'accès et éviter les noyades s'appliquent à toutes les piscines du territoire du Québec, sans égard à la date d'installation.

Déraillement de train mortel à Lac-Mégantic

Quarante-sept personnes décèdent consécutivement aux explosions et à l'incendie majeur qui a détruit le centre-ville de Lac-Mégantic à la suite du déraillement d'un train qui transportait du pétrole brut.

Le coroner recommande que Transports Canada stipule, dans le cadre de la réglementation, le nombre suffisant de freins à main qu'il faut serrer en fonction du poids (tonnage) du matériel roulant et de la déclivité (pente) de la voie, qu'il revoie la réglementation afin qu'elle mentionne explicitement la façon de procéder à un essai de l'efficacité des freins, pour vérifier si les freins à main serrés produisent un effort de freinage suffisant pour empêcher le matériel roulant de bouger, et qu'il s'assure qu'aucun train transportant des marchandises dangereuses n'est laissé sans surveillance sur une voie principale, jusqu'à ce que les compagnies ferroviaires canadiennes mettent en place des moyens de défense physiques additionnels pour empêcher les trains de partir à la dérive.

Il recommande aussi à l'organisation de mener une étude approfondie sur le seuil de 10 000 wagons-citernes devant circuler sur une voie pour qu'elle soit catégorisée comme itinéraire clé, de déterminer quels itinéraires sont exclus par ce seuil, de considérer de les soumettre aussi à une évaluation des risques et d'envisager de revoir ce seuil à la baisse pour s'assurer de corriger la lacune de sécurité soulevée par le Bureau de la sécurité des transports (BST) à l'égard de la planification et de l'analyse des itinéraires.

Enfin, il recommande au ministère des Transports du Québec de procéder à l'analyse approfondie des recommandations et autres éléments de sécurité ferroviaire émis par le Bureau de la sécurité des transports à la suite des événements de Lac-Mégantic, et

des mesures prises par Transports Canada, de considérer de mettre en œuvre des mesures similaires pour les chemins de fer de compétence québécoise, d'évaluer la possibilité d'exiger des chemins de fer de compétence québécoise une approche fondée sur les systèmes de gestion de la sécurité et d'y consacrer les ressources nécessaires afin d'en assurer un suivi adéquat, le cas échéant.

Noyade près d'un centre d'hébergement

Porté disparu quelques heures plus tôt, un homme de 81 ans est trouvé dans la rivière derrière le Centre d'hébergement Saint-Antoine, où il habite, à Québec. Parallèlement aux manœuvres de réanimation, il est transporté à l'hôpital où son décès est constaté.

L'homme se déplaçait à l'aide d'un déambulateur. Il est sorti du centre d'hébergement, s'est dirigé vers l'arrière, a été surpris par une pente qui l'a déséquilibré, provoquant sa chute dans la rivière. Aucune clôture n'empêchait l'accès au cours d'eau.

La coroner recommande au Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale de faire en sorte qu'une clôture soit installée derrière le Centre d'hébergement Saint-Antoine afin d'empêcher l'accès à la rivière Saint-Charles à ses résidents.

Mieux encadrer la pratique de l'amygdalectomie

Deux fillettes décèdent consécutivement à une hémorragie pharyngée quelques jours après avoir subi une adéno-amygdalectomie.

Le coroner formule plusieurs recommandations à la suite de ces deux décès. D'abord, il recommande que le Collège des médecins du Québec, lors de ses visites d'inspection professionnelle des établissements, s'assure du respect des balises qu'il a déjà publiées quant à l'évaluation des indications de l'amygdalectomie, qu'il recueille des données sur les amygdalectomies au Québec, notamment sur l'ensemble de la technique opératoire et sur l'intensité de l'électrochirurgie afin d'évaluer et de documenter leur impact sur les complications postopératoires, et en particulier celles qui sont hémorragiques, et qu'il mette en œuvre un programme de surveillance par indicateurs cliniques portant sur les amygdalectomies pour l'ensemble du Québec, et fournisse une rétroaction aux médecins et aux établissements visés par le programme quant à leur performance hospitalière et à celle de l'ensemble des établissements visés. Cela permettrait entre autres, selon lui, de faire le suivi du taux d'hémorragies pour chaque clinicien qui pratique des amygdalectomies, et de déterminer les méthodes de soins qui auraient besoin d'être réévaluées dans le but d'être améliorées.

Il recommande de plus que le Collège des médecins du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec, élaborent un outil d'anamnèse et d'examen uniformisé ayant pour but de documenter de façon méthodique et rigoureuse les différents éléments cliniques qui sous-tendent l'indication de l'amygdalectomie chez l'enfant, et préconisent son utilisation en clinique. Tout en s'arrimant aux balises déjà publiées par le Collège des médecins du Québec, une telle approche permettrait de consigner au dossier du patient, de façon systématique, les éléments de sévérité et de chronicité de la présentation clinique et leur impact sur la qualité de vie de l'enfant, et

soutiendrait l'évaluation des indications de l'amygdalectomie. Par ailleurs, l'information recueillie à l'aide d'un tel outil, si elle est présentée de façon simple et compréhensible, aiderait aussi les cliniciens à mieux renseigner les parents en vue d'une amygdalectomie, s'il y a lieu.

Au ministère de la Santé et des Services sociaux seul, il recommande d'allouer les ressources nécessaires et de mettre en œuvre des mécanismes afin d'améliorer l'accès rapide à l'évaluation des troubles du sommeil chez l'enfant par la polysomnographie. De telles mesures aideraient les médecins spécialistes, notamment les oto-rhino-laryngologistes qui soupçonnent une apnée obstructive du sommeil (AOS) chez l'enfant et qui jugent nécessaire d'en faire l'évaluation par la polysomnographie avant de procéder à l'amygdalectomie, à accéder à la méthode de référence plus facilement et plus rapidement pour confirmer ou infirmer l'hypothèse diagnostique d'AOS, et à quantifier sa gravité.

En collaboration avec l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, il recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse des paramètres (issus notamment des phases intraopératoire et postopératoire primaire) permettant une meilleure détection des patients à risque d'hémorragies graves suivant une amygdalectomie. Les résultats d'une telle démarche aideraient à instaurer une approche pratique permettant de stratifier le risque de complications hémorragiques post amygdalectomie et d'adapter l'approche de suivi au besoin, offrant ainsi un meilleur soutien à la clientèle.

Enfin, il recommande à l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec, en collaboration avec les milieux d'oto-rhino-laryngologie pédiatrique et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, d'évaluer la technique de l'amygdalectomie partielle et sa place comme stratégie de traitement chirurgical au Québec, notamment ses indications, son efficacité, sa sécurité, son effet sur la santé (de la population pédiatrique, entre autres) et sur le système de soins, en vue de proposer son utilisation si des avantages cliniques sont établis.

Décès lors d'une intervention policière à Montréal

Un itinérant de 34 ans décède des suites d'un traumatisme par arme à feu lors d'une intervention policière, à Montréal.

À la suite d'une altercation, l'homme blesse un policier avec un couteau à la station de métro Bonaventure. Les policiers poursuivent l'itinérant dans les couloirs du métro jusqu'au pied d'un escalier roulant par lequel l'homme tente de s'enfuir. C'est à cet endroit qu'il est atteint de deux coups de feu tirés par un des agents qui craignait que l'homme blesse d'autres personnes à sa sortie de la station.

L'investigation révèle que l'homme souffrait d'un problème de santé mentale. Le coroner se questionne à savoir si l'agent aurait pu concentrer son attention sur l'état mental de l'itinérant plutôt que sur la nécessité de l'expulser des lieux parce qu'il contrevenait à un règlement interdisant de flâner dans le métro.

En conséquence, il recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux, en

Pour la vie!

collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, de mettre en place des services psychosociaux adaptés pour que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie bénéficient dans la communauté du suivi et des services de l'intensité et du type correspondant à leur situation, et pour que l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés fassent l'objet d'une coordination soutenue et rigoureuse, et d'augmenter le nombre d'équipes mobiles d'intervenants spécialisés pour soutenir les policiers et les patrouilleurs qui interviennent auprès des personnes en situation d'itinérance ou des personnes qui ont un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

Il recommande à l'École nationale de police du Québec de poursuivre ses recherches afin de proposer, le cas échéant, de nouvelles stratégies et tactiques policières spécifiques à l'intervention auprès de personnes en situation de crise et au Service de police de la Ville de Montréal, d'équiper plus d'agents et de véhicules de patrouille d'armes intermédiaires comme l'arme à impulsion électrique, tout en s'assurant de politiques d'application rigoureuses ainsi que de l'obligation d'appeler une ambulance dès que la possibilité d'utiliser une arme à impulsion électrique est soulevée.

Pour une pratique sécuritaire de l'équitation récréative

Une jeune fille de 11 ans décède d'un polytraumatisme à la suite d'une chute de cheval au Ranch chez Cowboy, à Mascouche.

La jeune fille fait partie d'un groupe de six personnes qui partent en randonnée équestre accompagnées d'un guide n'ayant que quatre mois d'expérience et aucune formation pour cette activité. Seules quelques instructions sommaires leur sont données pour diriger leur monture. C'est la première expérience à cheval pour la jeune fille, elle ne porte pas de casque et elle est chaussée d'espadrilles à semelles plates.

Le groupe arrive dans une clairière lorsque, soudainement, le cheval de la jeune fille part au galop. Elle glisse sur le côté de la selle et son pied reste coincé dans l'étrier. Sa tête heurte le sol à plusieurs reprises alors qu'elle est traînée sur une distance d'environ 800 mètres. Elle est transportée d'urgence à l'hôpital, où son décès est constaté.

Le matin de l'expédition, un membre du groupe avait téléphoné au ranch pour obtenir de l'information. On lui avait mentionné que le port du casque n'était pas obligatoire, qu'il n'y en avait aucun à la disposition du groupe et aucune précision ne lui a été fournie concernant le port de chaussures sécuritaires pour ce genre d'activité.

La coroner recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de mener une campagne de sensibilisation destinée au grand public afin de promouvoir les règles reconnues par le milieu en matière de sécurité lors de randonnées d'équitation, de sensibiliser directement tous les centres équestres à l'importance de promouvoir le port d'équipements de sécurité, tels que le casque et les chaussures appropriées - un équipement de sécurité de base devrait être offert à la clientèle, et de rendre obligatoire une formation appropriée des guides travaillant en centre équestre.

Au Ranch chez Cowboy, elle recommande d'afficher à la vue de la clientèle une description de l'équipement de sécurité de base recommandé, d'offrir l'équipement à ceux qui le souhaitent et d'améliorer la formation des guides travaillant auprès de la clientèle.

Dérapage mortel vers le lac

Pour la vie !

Une femme de 55 ans décède d'une asphyxie par noyade lorsque le véhicule dans lequel elle prend place tombe dans le lac de l'Achigan, à Saint-Hippolyte.

La femme est passagère dans un véhicule conduit par son conjoint. Ils se rendent à leur résidence secondaire au bord du lac. La route est glissante dû à plusieurs types de précipitations la veille. Pour avoir accès à la résidence, ils doivent emprunter un chemin privé étroit en pente descendante qui se divise en Y à mi-chemin. Rendu au Y, le conducteur perd la maîtrise de son véhicule, qui glisse jusqu'au stationnement et heurte le dormant qui tient lieu de bordure. Le véhicule fait des tonneaux et tombe dans le lac.

Le conducteur réussit à sortir par la vitre arrière et tente en vain de dégager la passagère. Un pompier parvient à l'extirper de sa fâcheuse position et elle est transportée à l'hôpital par ambulance, où son décès est constaté.

La coroner recommande au propriétaire du chalet où est survenu l'accident de sécuriser le stationnement, par exemple par la pose de grosses pierres en front sur le lac afin d'empêcher un véhicule de tomber dans le lac, et ce, avec l'accord des autorités municipales. À défaut d'autorisation municipale, qu'il aménage un nouveau stationnement situé à un endroit plus sécuritaire et éloigné du lac en conformité avec les règlements municipaux.

Pour la vie !

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
2013	3	3
2014	5	36
TOTAL	**42**	**106**

En 2014, le coroner en chef a ordonné cinq enquêtes publiques. Deux de ces enquêtes étaient terminées au 31 décembre 2014. Deux autres enquêtes, ordonnées en 2013, ont aussi été conclues en 2014. Par ailleurs, une enquête ordonnée en 2013 était toujours en cours au 31 décembre 2014.

Pour la vie !

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2014

NOM / PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Légaré, Alain Accident de la route 2012-02-25	2013-09-25	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
Magloire, Alain Décès lors d'une intervention policière 2014-02-03	2014-02-24	Me Jean-Luc Malouin	Centre de services judiciaires Gouin
Turnbull Charbonneau, Yann Accident de la route 2013-09-03	2014-04-24	Me Andrée Kronström	À Déterminer
Décès de 32 personnes Incendie - Résidence du Havre à L'Isle-Verte 2014-01-23	2014-08-26	Me Cyrille Delâge	Palais de justice de Rivière-du-Loup

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2014

Communication insuffisante entre plusieurs intervenants

Un bébé de 11 semaines décède par asphyxie positionnelle.

La mère, ayant subi une amputation de l'avant-bras droit, doit prendre de fortes doses de médicaments. Les semaines suivant l'accouchement, elle a de la difficulté à s'organiser sur tous les plans. Elle n'a aucun réseau social et reçoit le soutien et l'aide de plusieurs intervenants (médecin, psychologue, travailleur social, infirmière, auxiliaire familiale et bénévoles) à domicile.

La mère est épuisée car l'enfant dort mal, notamment en raison d'un reflux gastrique non traité, et parce que sa médication la rend somnolente. Elle prend donc l'habitude de dormir sur le divan du salon avec le bébé contre elle, et ce, malgré les mises en garde des intervenants concernant le danger de dormir avec son bébé. Dans la nuit, vers 1 h 47, la mère appelle le 9-1-1, car le bébé est inanimé. Il ne montre aucun signe de vie, il est pâle et encore chaud. Il dormait en *décubitus* ventral sur la mère depuis 20 h. Le bébé est transporté d'urgence à l'hôpital où, malgré les manœuvres de réanimation, son décès est constaté.

Il ressort de l'enquête que chacune des personnes qui entourait la mère la savait dépassée par la situation, mais qu'il y avait un manque de communication entre les intervenants provenant de différents organismes. C'est pourquoi la coroner recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de réfléchir à la meilleure façon d'intégrer les services de première ligne afin de tenter de briser l'isolement des intervenants et de permettre à une personne vulnérable de recevoir les soins particuliers dont elle peut avoir besoin dans un contexte d'interdisciplinarité.

Pour la vie !

Gare aux trains!

Une adolescente de 16 ans est mortellement heurtée par un train de banlieue, à Sainte-Thérèse-De Blainville.

L'adolescente et ses amis flânent sous le viaduc de l'autoroute 15 sur la voie ferrée reliant Montréal à Saint-Jérôme. Elle quitte cet endroit en marchant en bordure de la voie ferrée en direction de la gare de Sainte-Thérèse. Alors qu'elle s'approche de la gare, un train roule derrière elle. L'ingénieur du train actionne le sifflet à cinq reprises pour signaler sa présence et alerter la jeune femme. Celle-ci ne bouge pas car elle porte des écouteurs avec un lecteur audio dont le niveau sonore est très élevé. L'ingénieur freine mais la collision est malheureusement inévitable. La jeune fille est transportée à l'hôpital où, malgré les soins prodigués, elle décède trois jours plus tard.

Dans la foulée de son enquête, le coroner souligne que, en raison de la séparation des pouvoirs entre les différentes juridictions dans le domaine ferroviaire, il n'y a à peu près aucune intervention possible pour dissuader les personnes de flâner ou de se trouver sur les voies ferrées. Il recommande ainsi à la compagnie de chemin de fer du Canadien Pacifique et à l'Agence métropolitaine de transport (AMT) de discuter et de s'entendre pour que les employés de l'AMT soient nommés agents de police au sens de la Loi sur la sécurité ferroviaire afin qu'ils puissent intervenir sur tout le réseau de voies ferrées utilisées par l'AMT.

Il recommande par ailleurs à la Régie intermunicipale de police Thérèse-De Blainville et à l'Opération Gareautrain Canada de continuer leur travail de sensibilisation aux dangers que présentent les voies ferrées auprès des diverses clientèles.

Améliorer les procédures entourant l'offre de méthadone

Un homme de 33 ans à qui de la méthadone était prescrite décède à son domicile, en février 2014. La cause du décès est indéterminée.

L'enquête a néanmoins permis à la coroner de formuler une recommandation, soit que l'Ordre des pharmaciens du Québec prenne les moyens nécessaires afin que toutes les pharmacies offrant de la méthadone respectent des procédures uniformes et adéquates à ce sujet.

Décès accidentel d'un malade chronique

Un homme de 40 ans décède à son domicile. La cause de son décès est ambiguë.

Ambitieux et doué, l'homme souffre depuis plusieurs années de maladie, y compris l'apnée du sommeil, et de douleurs chroniques qui l'empêchent de fonctionner normalement. Son état de santé nécessite une forte médication de même qu'un suivi par un médecin, un psychiatre et un psychologue. Un matin, sa mère le trouve inanimé dans son lit.

À la suite de son enquête, la coroner conclut que la cause la plus probable du décès de l'homme est l'insuffisance respiratoire multifactorielle causée par l'apnée du sommeil et par son état d'intoxication accidentelle. En effet, l'homme était connu pour consommer des médicaments non prescrits dont il ajustait les doses et combinaisons selon sa condition et son besoin de soulagement.

Pour la vie !

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2014, les coroners ont déposé 313 rapports comportant un total de 441 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Cependant, les recommandations formulées depuis 2001 peuvent être consultées sur le site Internet du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2014

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	294	66,7
Cause naturelle	92	20,9
Suicide	42	9,5
Homicide	4	0,9
Décès traumatique d'intention indéterminée	9	2,0
Total	**441**	

Pour la vie !

LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

FICHIER DU CORONER EN CHEF

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages suivantes présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2011 et 2012, en le comparant à la moyenne des années 2006-2010.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10e Classification internationale des maladies.

DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, leur inclusion permet de produire des statistiques annuelles plus précises que leur exclusion. Voilà pourquoi ces données sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès.

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2011, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 12 JANVIER 2015

4 237 décès soumis au coroner

- 4 191 rapports déposés (98,9 %)
- 46 rapports à venir (1,1 %)

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2012, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 12 JANVIER 2015

4 464 décès soumis au coroner

- 4 244 rapports déposés (95,1 %)
- 220 rapports à venir (4,9 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Occupant d'une automobile	349	280	-19,8	248
Piéton	86	83	-3,5	63
Motocycliste	62	45	-27,4	47
Occupant d'un VTT	25	32	28,0	29
Occupant d'une camionnette	27	22	-18,5	25
Motoneigiste	23	23	0,0	23
Cycliste	21	25	19,0	15
Occupant d'un véhicule agricole	5	9	80,0	9
Occupant d'un véhicule lourd	11	5	-54,5	8
Occupant d'un véhicule à trois roues	0	0	0,0	4
Occupant d'un autobus	2	1	-50,0	4
Occupant d'un véhicule industriel	2	4	100,0	2
Occupant d'un véhicule de construction	2	1	-50,0	2
Autre	2	2	0,0	0
En cours	1	2		10
Total	**618**	**534**	**-13,6**	**489**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Événements entraînant la noyade et la submersion	19	16	-15,8	17
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	5	2	-60,0	2
Total	**24**	**18**	**-25,0**	**19**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Total	**13**	**10**	**-23,1**	**9**

Pour la vie!

Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

CAUSE DE DÉCÈS	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Chute	157	271	72,6	30
Intoxication	208	233	12,0	242
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	61	66	8,2	80
Noyade*	54	64	18,5	52
Complications de soins médicaux	17	28	64,7	26
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	41	37	-9,8	24
Exposition aux forces de la nature	28	20	-28,6	17
Heurt par ou contre un objet	19	13	-31,6	16
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	20	7	-65,0	9
Exposition au courant électrique	7	3	-57,1	6
Compression entre des objets	2	7	250,0	5
Explosion	3	2	-33,3	2
Décharge d'arme à feu	4	3	-25,0	2
Contact avec de l'eau chaude	3	3	0,0	0
Autre	16	19	18,8	22
En cours	2	14	0,0	46
Total	**642**	**790**	**23,1**	**857**

* Décès associés au transport par eau exclus.

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Pendaison et strangulation	581	597	2,8	569
Intoxication à des substances liquides ou solides	185	169	-8,6	177
Décharge d'arme à feu	144	132	-8,3	109
Noyade	38	40	5,3	40
Intoxication à un gaz	56	59	5,4	39
Précipitation dans le vide	49	43	-12,2	38
Collision d'un véhicule à moteur	34	26	-23,5	37
Utilisation d'un objet tranchant	30	28	-6,7	29
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	9	6	-33,3	9
Autre	6	6	0,0	8
En cours	0	11		59
Total	**1132**	**1117**	**-1,3**	**1114**

Pour la vie!

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Agression par arme à feu	28	31	10,7	34
Agression par objet tranchant	28	26	-7,1	23
Agression par strangulation	8	10	25,0	9
Bagarre, rixe (sans arme)	5	4	-20,0	9
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	1	6	500,0	7
Agression par objet contondant	11	10	-9,1	7
Autre	7	8	14,3	8
En cours	0	1		9
Total	**88**	**96**	**9,1**	**106**

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2006-2010	NOMBRE 2011	% VARIATION 2011 / 2006-2010	NOMBRE 2012
Intoxication	40	38	-5,0	58
Chute	3	4	33,3	5
Noyade	6	9	50,0	4
Collision d'un véhicule à moteur	4	3	-25,0	2
Pendaison	4	5	25,0	0
Autre	9	7	-22,2	4
En cours	1	11		50*
Total	**67**	**77**	**14,9**	**73**

* L'intention de plusieurs de ces traumatismes sera connue une fois le rapport d'investigation terminé.

Pour la vie !

Bureau du coroner
Québec